



Comune di Praia a Mare
ufficiopdz@comune.praiaamare.cs.it
ufficiopdz.praiaamare@zasmepc.it

AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESA IN CARICO E L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE DELLA RETTA RIVOLTA ALL'UTENZA RESIDENTE NELL'AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA CHE INTENDE USUFRUIRE DEI SERVIZI OFFERTI DALLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATE – ANNO 2024

CONSIDERATO CHE:

- la Regione Calabria con DGR n. 503/2019, ha stabilito i requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio assistenziali, le tipologie di utenza capacità ricettiva e le modalità di accesso/dimissioni;
- con la stessa D.G.R. n. 503/2019 è stato definito il trasferimento delle competenze da Regione ai Comuni Capofila in materia di presa in carico e ammissione all'integrazione della retta di persone fragili (anziani, disabili e minori) per l'inserimento nelle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate che svolgono attività di Ambito;
- con Decreto Dirigenziale n. 1458 del 15 febbraio del 2021 la Regione Calabria ha approvato il Piano di Zona dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea,

VISTE:

- La Legge n.328 dell'8 novembre 2000, "*Legge Quadro per la Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali*";
- La Legge Regionale n.23 del 5 dicembre 2003, "*Realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali*";
- Il Regolamento n.22/2019, approvato con D.G.R. n.503 del 25 ottobre 2019, Allegato A "*requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio-assistenziali, tipologia di utenza capacità ricettiva e modalità di accesso dimissioni*";
- La D.G.R. n. 669 del 14/12/2022 con le quali sono state approvate le modifiche al Regolamento n.22/2019 e all'allegato 1 che sostituisce integralmente l'allegato 1 della D.G.R. n. 503/2019;
- La D.G.R. n. 449 del 26/09/2023 recante in oggetto "MODIFICHE alla D.G.R. n. 503 del 25 ottobre 2019 relativa a "Riorganizzazione dell'assetto istituzionale del sistema integrato degli interventi in materia di servizi e politiche sociali. Legge 8 novembre 2000, n. 328 e Legge Regionale 26 novembre 2003, n. 23 e ss.mm.ii." con cui la Regione Calabria ha stabilito che tutte le disposizioni di cui all'All.1 (nuovo regime tariffario, modalità di determinazione della compartecipazione, livelli di ISEE) trovano applicazione a decorrere dal 1° gennaio 2024;

- La D.G.R. n. 512 del 29/09/2023 la quale approva definitivamente gli allegati alla D.G.R. 499/2023 denominati - "Regolamento n. 10 recante modifiche al Regolamento n. 22/19" relativo a "Procedure di autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale socioassistenziali, nonché dei servizi domiciliari, territoriali e di prossimità";
- Modifiche all'Allegato A al Regolamento 22/2019, concernente "Requisiti generali, strutturali, professionali, organizzativi delle strutture socio-assistenziali, tipologia di utenza, capacità ricettiva e modalità di accesso/dimissioni";
- Allegato I concernente "Tipologie Servizi - rette - modalità di calcolo";

CONSIDERATO CHE:

- Al Comune Capo Ambito spetta il compito di autorizzare l'utente e assumere l'onere della relativa retta o l'erogazione dei titoli per l'acquisto dei servizi;
- L'accesso dell'utente in una struttura socio assistenziale residenziale o semi-residenziale può avvenire solo dopo la presa in carico dello stesso utente da parte del Servizio Sociale Professionale dell'Ufficio di Piano del Comune Capo Ambito;

PRESO ATTO che:

- per una corretta collocazione dell'utente nella struttura socio-assistenziale più adatta e necessaria una accurata valutazione delle condizioni sociali e sanitarie anche attraverso l'ausilio delle Unità di Valutazione dell'ASP territoriale di competenza;
- per l'individuazione della tipologia della struttura, fermo restando l'eventuale scelta del cittadino, oltre alla Relazione sociale con valutazione del bisogno si dovrà acquisire una attestazione sanitaria redatta dal medico curante dell'assistito o da altro specialista dalla quale risulti la compatibilità/idoneità all'inserimento in struttura socio - assistenziale;

PREMESSO CHE:

- il contributo per il pagamento della retta, onnicomprensivo di I.V.A., è finalizzato a garantire alle persone minori, adulti e disabili un adeguato percorso di accoglienza e assistenza qualora sia attestata la necessità di una assistenza temporanea o continuativa, ovvero di interventi di sostegno, che non possono essere garantiti se non mediante l'inserimento presso struttura idonea nel rispetto dei principi di equità, imparzialità, pari opportunità, trasparenza, presa in carico personalizzata

Tutto ciò premesso, il Comune Capofila di Praia a Mare

RENDE NOTO

Che è possibile presentare domanda per la presa in carico e l'ammissione all'integrazione della retta rivolta all'utenza residente nell'ATO Praia/Scalea, che intende usufruire dei servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali accreditate ai sensi della D.G.R. n. 512/2023 - Anno 2024

ART.1 - AMMISSIONE ALLE PRESTAZIONI

I requisiti di ammissione per la fruizione dei servizi di cui al presente Avviso Pubblico sono i seguenti:

- Cittadinanza italiana o di uno Stato aderente all'Unione Europea (il cittadino di altri Stati è ammesso soltanto se titolare di regolare permesso di soggiorno);
- Residenza in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale (Ajeta, Belvedere Marittimo, Buonvicino, Diamante, Grisolia, Maierà, Orsomarso, Papisidero, Praia a Mare, San Nicola Arcella, Santa Domenica Talao, Santa Maria del Cedro, Scalea, Tortora, Verbicaro);
- Attestazione ISEE in corso di validità < 25.000,00.

La situazione socio-familiare sarà valutata dall'Ufficio di Piano, che, dopo la presa in carico dell'utente, provvederà al collocamento nella struttura socio assistenziale più idonea nei limiti dell'effettiva disponibilità dei posti accreditati al fine

dell'erogazione del contributo e nel limite delle disponibilità finanziarie e del fabbisogno territoriale così come determinato dalle priorità e dalle strategie definite nel Piano di Zona vigente e dalla pianificazione regionale. L'esame delle richieste di ammissione a retta sarà effettuato in ordine cronologico.

ART.2 – MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La richiesta di presa in carico, reperibile presso i Comuni dell'ATO Praia/Scalea deve essere redatta **obbligatoriamente** sull'apposito modulo da presentare al Comune di residenza il quale provvederà ad inviarlo, completo in tutte le sue parti ed allegati, pena la non accettazione, all'Ufficio di Piano dell'Ambito al seguente indirizzo di posta certificata ufficiopdz.praiaamare@asmepcc.it

La richiesta di ammissione a retta deve essere presentata anche dagli ospiti già collocati in strutture socio – assistenziali per come previsto dal presente avviso.

Il Servizio Sociale nel rispetto dei criteri di valutazione succitati, tutela la continuità assistenziale ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati nel progetto personalizzato stilato a cura del servizio sociale dell'ambito e l'equipe della struttura, previa trasmissione della relativa istanza entro il termine prefissato.

Per il presente Avviso Pubblico, sarà sempre possibile presentare nuove istanze fino al **31/12/2024** le quali verranno valutate in ordine cronologico.

ART.3 – COMPARTICIPAZIONE

Il Comune capo Ambito in relazione alla capacità economica dell'utente, interviene, attraverso disponibilità programmate, con un contributo per il pagamento della retta dei servizi alla persona quantificando la quota spettante (totale o parziale). La misura del contributo erogabile dall'Ente pubblico (compartecipazione), qualora assegnata al beneficiario, ammonta alla differenza tra il valore della retta e l'eventuale quota sostenibile a carico dell'ospite e dei familiari civilmente obbligati.

Chiunque richieda le prestazioni sociali, offerte nelle strutture socio assistenziali è tenuto a compartecipare al pagamento della relativa retta, secondo criteri di equità sociale, di solidarietà, di differenziazione nella graduazione del bisogno e in relazione alla situazione economica personale e/o del proprio nucleo familiare (ove richiesto), per tramite dell'I S.E.E. (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), determinato secondo la normative vigente in materia (D.P.C.M. 05/12/2013, n. 159 e D.M 07/11/2014).

Ciò premesso si precisa che in caso di carenza di fondi disponibili la priorità di accesso all'integrazione retta è destinata ai soggetti la cui situazione è valutata in base all'emergenza.

Per quanto non evidenziato nel presente Avviso si rimanda integralmente alla D.G.R. n°503/19 allegati e SS.MM.II e ad ogni altro dispositivo attuato in vigore.

Per eventuali chiarimenti e/o delucidazioni è possibile contattare l'Ufficio di Piano al numero 098572353, int. 8.

Allegati al presente Avviso:

- 1) Modello di richiesta d'inserimento in struttura semiresidenziale, residenziale socio assistenziale;
- 2) all. 1 - Dichiarazione sostitutiva di certificazione trattamenti reddituali.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO PIANO
DOTT.SSA CATERINA TORCHIO



Al Comune di

**MODELLO RICHIESTA D'INSERIMENTO IN STRUTTURA
SEMIRESIDENZIALE, RESIDENZIALE SOCIO ASSISTENZIALE**

D.G.R. 503/2019 e s.m.i. — Allegato - Presa in carico e ammissione integrazione retta

Richiedente:

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il ___/___/___
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza E-mail

Telefono

In qualità di
(grado di parentela/tutore/altro)

Consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445:

CHIEDE

L'accesso ai servizi offerti dalle strutture socio assistenziali residenziali/semiresidenziali;

Tipologia assistenziale: residenziale semi-residenziale

Preferenza struttura:
(Denominazione struttura accreditata)

- PER SE STESSO
- PER IL SEGUENTE FAMILIARE O TUTELATO

Nome..... Cognome..... Sesso MO FO
C.F. Nato/a a prov..... il ___/___/___
residente in prov via..... cap.....
cittadinanza E-mail

Telefono

Per il seguente motivo:

DETTAGLIO NUCLEO FAMILIARE

Numero componenti nucleo familiare.....

1. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

2. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

3. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

Disabilità.....

4. Grado di parentela

Nome..... Cognome..... Sesso M O F O

C.F. nato/a a prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... Via..... Cap.....

Cittadinanza..... E-mail

Telefono..... Professione

DATI TUTOR (se presente)

Nome..... Cognome..... Sesso M O F
C.F. nato/a a prov..... il ____ / ____ / ____
Residente..... Prov..... Via..... Cap.....
Cittadinanza..... E-mail

Atto di nomina

Numero atto di nomina.....
Data atto di nomina.....

DATI MEDICO DI BASE

Nome..... Cognome.....
C.F. Comune in cui è ubicato lo studio medico.....
Via..... Cap..... Prov.....
E-mail..... Telefono.....

DETTAGLI DATI AMMINISTRATIVI

Numero protocollo DSU.....anno protocollo DSU..... data protocollo DSU

Anno di riferimento ISEE valore ISEE

Numero carta d'identità data rilascio c.i. data scadenza c.i.

Comune di rilascio carta d'identità

Persone/Parenti di riferimento: Dichiarare l'esistenza e la precisa indicazione dei soggetti civilmente obbligati ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile;		
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Documentazione da Allegare		
➤ Carta d'identità e codice fiscale del dichiarante;		
➤ Carta d'identità e codice fiscale dell'utente;		
➤ DSU E ISEE in corso di validità;		
➤ Verbale di invalidità civile;		
➤ Certificato redatto dal medico di base o specialista che attesti la compatibilità con il percorso assistenziale richiesto.		
➤ Dichiarazione trattamenti reddituali (Allegato 1)		
➤ Altro		
.....		

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento (UE) n.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento GDPR).

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione per l'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Titolare del trattamento è il Comune di Praia a Mare in qualità di Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Praia a Mare/Scalea cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc...

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Luogo e data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARAZIONE TRATTAMENTI REDDITUALI AI SENSI DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 503 DEL 25/10/2019 E S.M.I. PER LE PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E VIGILANZA PRESSO LE STRUTTURE A CICLO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIOASSISTENZIALI

Il/La sottoscritto/a
 nato/a in
 Prov. Il residente a
 In Via/C. da n.
 In qualità di
 del/la Sig./ra
 consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/200,
 che il/la Sig./rapercepisce mensilmente i
 seguenti trattamenti reddituali:

- Pensione di vecchiaia, importo mensile €... ..;
- Pensione di anzianità, importo mensile €.....;
- Pensione di invalidità, importo mensile €.....;
- Pensione per ciechi civili, importo mensile €.....;
- Pensione di reversibilità senza contitolarità con contitolarità per la percentuale del%
 importo mensile €.....;
- Pensione di guerra, importo mensile €... ..;
- Pensione di reversibilità per pensione di guerra senza contitolarità con contitolarità per la percentuale
 del %, importo mensile €... ..;
- Pensione estera, importo mensile €... ..;
- Rendita Inail, importo mensile €.....;
- Vitalizio per, importo mensile €.....;
- Indennità di accompagnamento per invalidità civile per cecità civile, importo mensile
 €.....;
- Indennità di frequenza o di comunicazione, importo mensile €... ..;
- Altro: (Es. ADI), importo mensile €... ..;

DICHIARA INOLTRE

(Dichiarare solo se dovuto)

- Di non aver contratto mutui o cessioni di quote degli emolumenti mensili;
- Di aver contratto mutuo cessione quota degli emolumenti a far data dal e nella misura
 di € mensile secondo piano di ammortamento allegato;

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.lgs. 196/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente dichiarazione, sono raccolti obbligatoriamente per il ricovero o la permanenza nella struttura, saranno trattati solo per i fini connessi alla posizione dell'interessato.

Pertanto, tali dati saranno trasmessi dall'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea ad altri Enti sovracomunali che sono coinvolti. A tal fine si acconsente al trattamento dei dati sensibili. Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Praia/Scalea e tutti gli altri Enti interessati effettueranno controlli per verificare la veridicità di quanto dichiarato. Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione e a trasmetterne la relativa documentazione.

Si Allega:

- copia documento di identità;
- Copia ObisM dell'anno in corso; copia cedolini mensili di pagamento (per i soli servizi Residenziali);
- copia documento che comprova l'accreditamento degli emolumenti (per i soli servizi Residenziali);
- altro:
.....;

....., li

Firma

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Si tramette in allegato

AVVISO PUBBLICO PER LA PRESA IN CARICO E L'AMMISSIONE ALL'INTEGRAZIONE DELLA RETTA RIVOLTA ALL'UTENZA RESIDENTE NELL'AMBITO TERRITORIALE OTTIMALE PRAIA/SCALEA CHE INTENDE USUFRUIRE DEI SERVIZI OFFERTI DALLE STRUTTURE SOCIO ASSISTENZIALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ACCREDITATE – ANNO 2024 con relativi allegati.

Si prega di darne massima diffusione utilizzando la pubblicazione nei rispettivi albi on - line

Distinti Saluti

